

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



CARTELLA SANITARIA e di RISCHIO

*(Allegato 3A, D.Lgs. 81/2008,
come modificato dal D.M. 9 luglio 2012)*

Cognome e Nome _____

Versione 1/12

ASL Roma 3
Via Federico Paolini n. 34
00122 Roma

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3146 / 3148
Fax 06 5648.3150
e-mail medicocompetente@aslroma3.it

MOD. 5026

- pag. 1 -

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

[Fonte: D.M. 9 luglio 2012, integrata]

- (1) Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico
- (2) Riferita a comparto / lavorazione / codice categoria naviglio
- (3) I dati di questa sezione sono forniti dal Datore di lavoro (indicare il n. dell'allegato)
- (4) Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale forniti dal datore di lavoro
Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS (Chemical Abstract Service), il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato XLIII D. Lgs. 81/08 "*Valori limite di esposizione professionale*") e il valore dell'esposizione.
- (5) Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale
- (6) Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore
- (7) Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti
- (8) Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio primo certificato medico di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 del D.P.R. 1124/1965, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/1965, lettere al medico curante, ecc.
- (9) Ai sensi dell'art. 41, c. 6
- (10) Specificare la tipologia di visita

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Stato civile celibe/nubile coniugato/a divorziato/separato vedovo/a n. figli _____

Scolarità elementare media inf profess. media sup. laurea

Menarca ad anni _____ **Menopausa ad anni** _____

Cicli successivi regolari irregolari dismenorrea

N. gravidanze: _____ . N. Aborti spontanei: _____ . Note: _____

Fumo di sigaretta non fumatore fumatore n. _____ sigarette / die per n. _____ anni

ex fumatore, ha smesso n. _____ anni fa e ha fumato n. _____ sigarette / die per n. _____ anni

Alcolici astemio

Vino No occasionale = < 1 bicchiere / die > 1 bicchiere / die

Super alcolici No occasionale = < 1 bicchierino / die > 1 bicchierino / die

Alvo: _____ Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: nessuno Terapia in atto con: _____

Anamnesi vaccinale e cuti reattività

HBV non vaccinato vaccinato (data completamento _____) immunità naturale

Note: _____

Tubercolosi non vaccinato vaccinato (data completamento _____) non noto

Note: _____

Mantoux Data: _____ negativa positiva non eseguita

Note: _____

Altre vaccinazioni _____

ESAME OBIETTIVO

Statura | _____ cm Peso | _____ Kg. Costituzione _____

Cute e annessi: _____

Pannicolo adiposo e muscolatura: _____

Linfoghiandole superficiali: _____

Occhi: _____

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : _____

Collo e Tiroide: Alterazioni No Si _____

Torace: Alterazioni No Si _____

Apparato Cardiovascolare: F.C. | _____ /min P.A. max | _____ | _____ | _____ P.A. min | _____ | _____ | _____

Alterazioni No Si _____

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni No Si _____

Apparato Urogenitale: Alterazioni No Si _____

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni No Si _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁷

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcolidip.

Sospetto di probabile condizione di alcolidip.

ASL Roma 3

www.aslroma3.it

Tel 06 5648.3146 / 3148

Via Federico Paolini n. 34

C.F.-P.IVA 04733491007

Fax 06 5648.3150

00122 Roma

e-mail medicocompetente@aslroma3.it

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:

.....

Idoneo con limitazioni:

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

Data visita _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periodica | <input type="checkbox"/> Idoneità per cambio mansione |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto lavoro | <input type="checkbox"/> Su richiesta del lavoratore |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute |

Note _____

DATI OCCUPAZIONALI³

Reparto: _____ Qualifica _____

Mansione specifica: _____

Fattori di rischio⁽⁴⁾ Invariati rispetto ai precedenti controlli
 Eventuali variazioni.....
.....

Note _____

RACCORDO ANAMNESTICO

Anamnesi fisiologica

Variazioni intervenute _____

Fumo: invariato variazioni _____

Alcolici: invariato Variazioni _____

Alvo: _____

Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia: _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: Nessuno Terapia in atto con: _____

ESAME OBIETTIVO

Statura | _____ cm Peso | _____ Kg. Costituzione _____

Cute e annessi: _____

Pannicolo adiposo e muscolatura: _____

Linfoghiandole superficiali: _____

Occhi: _____

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : _____

Collo e Tiroide: Alterazioni No Si _____

Torace: Alterazioni No Si _____

Apparato Cardiovascolare: F.C. | _____ /min P.A. max | _____ | _____ | _____ P.A. min | _____ | _____ | _____

Alterazioni No Si _____

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni No Si _____

Apparato Urogenitale: Alterazioni No Si _____

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni No Si _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcoldip.

Sospetto di probabile condizione di alcoldip.

ASL Roma 3
Via Federico Paolini n. 34
00122 Roma

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3146 / 3148
Fax 06 5648.3150
e-mail medicocompetente@aslroma3.it

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:

.....

Idoneo con limitazioni:

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

Data visita _____

- Periodica
- Idoneità per cambio mansione
- Fine rapporto lavoro
- Su richiesta del lavoratore
- Altro
- Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute

Note _____

DATI OCCUPAZIONALI³

Reparto: _____ Qualifica _____

Mansione specifica: _____

- Fattori di rischio⁽⁴⁾ Invariati rispetto ai precedenti controlli
- Eventuali variazioni*
-

Note _____

RACCORDO ANAMNESTICO

Anamnesi fisiologica

Variazioni intervenute _____

Fumo: invariato variazioni _____

Alcolici: invariato Variazioni _____

Alvo: _____

Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia: _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: Nessuno Terapia in atto con: _____

Variazioni dell'anamnesi vaccinale

HBV Invariata Variazioni _____

Cuti reattività per TBC

soggetto cuti negativo soggetto cuti positivo Note: _____

Mantoux Data: _____ negativa positiva non eseguita

Note: _____

Anamnesi patologica prossima _____

Eventuali infortuni sul lavoro: _____

Riconoscimenti di invalidità _____

Variazioni del programma di sorveglianza sanitaria: _____

ESAME OBIETTIVO

Statura | _____ cm Peso | _____ Kg. Costituzione _____

Cute e annessi: _____

Pannicolo adiposo e muscolatura: _____

Linfoghiandole superficiali: _____

Occhi: _____

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : _____

Collo e Tiroide: Alterazioni No Si _____

Torace: Alterazioni No Si _____

Apparato Cardiovascolare: F.C. | _____ /min P.A. max | _____ | _____ | _____ P.A. min | _____ | _____ | _____

Alterazioni No Si _____

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni No Si _____

Apparato Urogenitale: Alterazioni No Si _____

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni No Si _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcolidip.

Sospetto di probabile condizione di alcolidip.

ASL Roma 3
Via Federico Paolini n. 34
00122 Roma

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3146 / 3148
Fax 06 5648.3150
e-mail medicocompetente@aslroma3.it

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:
.....

Idoneo con limitazioni:
.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

Data visita _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periodica | <input type="checkbox"/> Idoneità per cambio mansione |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto lavoro | <input type="checkbox"/> Su richiesta del lavoratore |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute |

Note _____

DATI OCCUPAZIONALI³

Reparto: _____ Qualifica _____

Mansione specifica: _____

Fattori di rischio⁽⁴⁾ Invariati rispetto ai precedenti controlli
 Eventuali variazioni.....
.....

Note _____

RACCORDO ANAMNESTICO

Anamnesi fisiologica

Variazioni intervenute _____

Fumo: invariato variazioni _____

Alcolici: invariato Variazioni _____

Alvo: _____

Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia: _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: Nessuno Terapia in atto con: _____

ESAME OBIETTIVO

Statura | _____ cm Peso | _____ Kg. Costituzione _____

Cute e annessi: _____

Pannicolo adiposo e muscolatura: _____

Linfoghiandole superficiali: _____

Occhi: _____

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : _____

Collo e Tiroide: Alterazioni No Si _____

Torace: Alterazioni No Si _____

Apparato Cardiovascolare: F.C. | _____ /min P.A. max | _____ | _____ | _____ P.A. min | _____ | _____ | _____

Alterazioni No Si _____

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni No Si _____

Apparato Urogenitale: Alterazioni No Si _____

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni No Si _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcoldip.

Sospetto di probabile condizione di alcoldip.

ASL Roma 3
Via Federico Paolini n. 34
00122 Roma

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3146 / 3148
Fax 06 5648.3150
e-mail medicocompetente@aslroma3.it

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:

.....

Idoneo con limitazioni:

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

Data visita _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periodica | <input type="checkbox"/> Idoneità per cambio mansione |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto lavoro | <input type="checkbox"/> Su richiesta del lavoratore |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute |

Note _____

DATI OCCUPAZIONALI³

Reparto: _____ Qualifica _____

Mansione specifica: _____

- Fattori di rischio⁽⁴⁾ Invariati rispetto ai precedenti controlli
- Eventuali variazioni*.....
.....

Note _____

RACCORDO ANAMNESTICO

Anamnesi fisiologica

Variazioni intervenute _____

Fumo: invariato variazioni _____

Alcolici: invariato Variazioni _____

Alvo: _____

Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia: _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: Nessuno Terapia in atto con: _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcoldip.

Sospetto di probabile condizione di alcoldip.

ASL Roma 3

Via Federico Paolini n. 34

00122 Roma

www.aslroma3.it

C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3146 / 3148

Fax 06 5648.3150

e-mail medicocompetente@aslroma3.it

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:

.....

Idoneo con limitazioni:

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

Data visita _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periodica | <input type="checkbox"/> Idoneità per cambio mansione |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto lavoro | <input type="checkbox"/> Su richiesta del lavoratore |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute |

Note _____

DATI OCCUPAZIONALI³

Reparto: _____ Qualifica _____

Mansione specifica: _____

Fattori di rischio⁽⁴⁾ Invariati rispetto ai precedenti controlli

Eventuali variazioni.....
.....

Note _____

RACCORDO ANAMNESTICO

Anamnesi fisiologica

Variazioni intervenute _____

Fumo: invariato variazioni _____

Alcolici: invariato Variazioni _____

Alvo: _____

Diuresi: _____

Ritmo sonno / veglia: _____

Alimentazione e Digestione: _____

Farmaci assunti: Nessuno Terapia in atto con: _____

ESAME OBIETTIVO

Statura | _____ cm Peso | _____ Kg. Costituzione _____

Cute e annessi: _____

Pannicolo adiposo e muscolatura: _____

Linfoghiandole superficiali: _____

Occhi: _____

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : _____

Collo e Tiroide: Alterazioni No Si _____

Torace: Alterazioni No Si _____

Apparato Cardiovascolare: F.C. | _____ /min P.A. max | _____ | _____ | P.A. min | _____ | _____ |

Alterazioni No Si _____

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni No Si _____

Apparato Urogenitale: Alterazioni No Si _____

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni No Si _____

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No Si

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV: Normale (N) Alterato (A) GOT: N A GPT: N A G-GT: N A CDT: N A

Note: _____

CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio _____

Assenza di probabile condizione di alcoldip.

Sospetto di probabile condizione di alcoldip.

ASL Roma 3

www.aslroma3.it

Tel 06 5648.3146 / 3148

Via Federico Paolini n. 34

C.F.-P.IVA 04733491007

Fax 06 5648.3150

00122 Roma

e-mail medicocompetente@aslroma3.it

- pag. 33 -

EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI

VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸: _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

Idoneo

Idoneo con prescrizioni:

.....

Idoneo con limitazioni:

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del Medico Competente

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il ___ / ___ / _____ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. _____ allegati, viene consegnato al medico Dott. _____

Data ___ / ___ / _____

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. _____ che
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. _____ allegati.

Data ___ / ___ / _____

Il medico subentrante

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

Cessazione dell'attività dell'azienda / Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett.f) del D.Lgs. 81/2008

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratorecompleta di n.....allegati ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. 81/2008.

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs 81/2008.

Data

Il medico competente

.....

Il lavoratore

.....